

Anmeldebogen Ferienbetreuung / Ausflug

Liebe Eltern, Angehörige und gesetzliche Betreuer,

wir möchten Ihren Kindern eine schöne Ferienbetreuung anbieten. Um dies gewährleisten zu können, bitten wir Sie diesen Anmeldebogen ausführlich auszufüllen. So werden wir in der Lage sein, auf die besonderen Ansprüche des Teilnehmers / der Teilnehmerin angemessen eingehen zu können und entsprechend die Betreuer einzusetzen. Bei zusätzlichem Informationsbedarf unsererseits, möchten wir Sie zu Hause besuchen und in einem persönlichen Gespräch Sie und den Teilnehmer / die Teilnehmerin kennenzulernen.

Es werden ca. 4 Wochen vor den Ferienangeboten Informationsveranstaltungen stattfinden, an denen wir Sie bitten verbindlich teilzunehmen. Hier werden alle Einzelheiten der Ferienmaßnahme bekanntgegeben. Sie lernen uns und das Betreuerteam kennen und haben die Möglichkeit alle offenen Fragen Ihrerseits an uns zu stellen.

Hiermit melde ich

verbindlich zur Feriengruppe

(Name des Teilnehmers, der Teilnehmerin)

(Nummer und Standort der Ferienbetreuung)

im Zeitraum vom

_____ an.
(Zeitraum der Ferienbetreuung)

Eigenanteil:

Betreuungskosten:

(nach Betreuungsschlüssel,
Pflegekasse)

Gesamtkosten:

Lebenshilfemitglied

ja

nein

Ich/Wir stimmen dem Informationsaustausch der Betreuer/-innen der Marli GmbH, im Rahmen des Datenschutzes, über mein Kind zu.

Wir stimmen der Weitergabe der im Rahmen der Ferienbetreuung gemachten Fotos an die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu. Eine Weitergabe an Dritte bzw. Veröffentlichung, auch im Rahmen sozialer Netzwerke, ist jedoch nur nach Zustimmung aller Abgebildeten zulässig.

Die nicht abrechnungsrelevanten Gesundheitsangaben werden nur an die direkt mit der Ferienmaßnahme befassten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter weitergegeben und entsprechend des Datenschutzes archiviert.

Ort

Datum

mit rechtsverbindlicher Unterschrift

Bitte fügen Sie ein aktuelles Bild des Teilnehmers, der Teilnehmerin an

Allgemeine Daten des Teilnehmers, der Teilnehmerin	
Name:	Nachname:
Geschlecht: <input type="radio"/> weiblich	<input type="radio"/> männlich
Geburtsdatum:	
Adresse:	
Telefonnummer:	
Email:	

Kontaktperson	
<input type="radio"/> Eltern / Angehörige	<input type="radio"/> Wohnstätte / päd. Mitarbeiter/in
<input type="radio"/> gerichtlich bestellte Betreuung	<input type="radio"/> sonstige:
Name:	
Telefonnummer:	
Mobilnummer:	
Notfalltelefonnummer:	
Email:	

Angaben zur gerichtlich bestellten Betreuung (bei Volljährigkeit)
Name der gerichtlich bestellten Betreuung :
Adresse :
Mobilnummer :
Email :
Bereiche (Kopie Betreuerausweis beilegen):

Diagnosen					
<input type="radio"/> lern / geistig Behinderung <input type="radio"/> körperliche Behinderung <input type="radio"/> psychische Behinderung <input type="radio"/> Entwicklungsverzögerung <input type="radio"/> Wahrnehmungsstörung <input type="radio"/> Traumatisierung <input type="radio"/> Ergänzungen:					
Pflegegrad: <input type="radio"/> keinen <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5					
Schwerbehindertenausweis: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja (GdB: %) Wertmarke: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja Merkzeichen: <input type="radio"/> B <input type="radio"/> G <input type="radio"/> aG <input type="radio"/> H <input type="radio"/> BI <input type="radio"/> GI					
Hilfsmittel: <input type="radio"/> Brille <input type="radio"/> Hörgerät <input type="radio"/> Gebiss <input type="radio"/> Prothese/Klammer <input type="radio"/> Rollator <input type="radio"/> Rollstuhl <input type="radio"/> spezielles Besteck Sonstiges/Bemerkung:					
Medikation: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja (Wenn ja, bitte die Übersicht Medikamentengabe und bei Medikamentengabe während der Betreuungszeit die Einverständniserklärung zur Medikamentengabe ausfüllen)					

Allgemeines	Nein	Ja	Bemerkung (ggf. Extrablatt verwenden)
Sinnesbehinderung (Sehen, Hören, Riechen, Schmecken, Schmerzempfinden, Farbwahrnehmungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Infektionskrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Unverträglichkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Allergien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Inkontinenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Lärmempfindlichkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Gefahrenbewusstsein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Fähigkeiten	Nein	Ja	Bemerkung (ggf. Extrablatt verwenden)
Ich kann sprechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich kann lesen/schreiben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich kann die Uhr lesen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich kann Rad fahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich kann laufen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ich bin sicher im Straßenverkehr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Bin ich auf Hilfsmittel angewiesen Wenn ja, auf welche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Gruppenfähigkeit / soziales Verhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Beschreiben Sie das besondere Verhalten:

Unterstützung	Alleine	Erinnerung	Hilfe	Bemerkung (ggf. Extrablatt verwenden)
Mahlzeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Toilettengänge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Gruppenfähigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Frustrationstoleranz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Wer soll möglichst unterstützen: <input type="radio"/> ein Mann <input type="radio"/> eine Frau <input type="radio"/> egal				

Einverständnis	Nein	Ja	Bemerkung
Ich habe eine Badeerlaubnis (Wenn ja, bitte die Badeerlaubnis ausfüllen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Schwimmer <input type="radio"/> Nichtschwimmer
Ich darf mein Taschengeld selber einteilen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

